

令和4年度 歯科医療関係者感染症予防講習会実施団体公募要領

1 総則

歯科診療は、観血的処置が多いことや、回転切削器具を使うことにより唾液及び血液を飛沫させるという特性があります。このため、HIV対策やHBV対策等が行われてきましたが、これに加え、COVID-19対策も求められているところです。

そこで、本要領は、別添「歯科関係者講習会実施要綱（案）」に基づき、歯科医療関係者感染症予防講習会（以下「本講習会」という。）を実施する団体（以下「実施団体」という。）を選定することとし、以下の要領で公募するものです。

2 目的

歯科医療関係者に対して、HIVやHBV、COVID-19等の病原体各々の特徴を踏まえた院内感染対策等に関する講習会を実施し、歯科保健医療の安全の確保を図ることを目的とするものです。

3 本講習会の内容等について

（1）感染症予防講習会の開催

- ①開催概要：6地区以上
- ②開催期間：1地区当たり1日間
- ③受講者数：1地区当たり100人程度
- ④受講資格：歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士等
- ⑤講師：講習科目を教授できる歯科大学の教授、養成施設等専任教員又はこれらに準ずる者
- ⑥事業内容：歯科診療（歯科衛生、歯科技工等を含む。）に係るHIVやHBV、COVID-19等の病原体各々の特徴を踏まえた院内感染対策に関する講義
- ⑦その他：
 - ア 講習期間中、専門に利用できる部屋が確保できること。
 - イ 部屋は、採光換気等が適当であり、学習環境に配慮がされていること。
 - ウ 本事業における講習内容やテキストは、各地域により偏りが無いよう統一すること。
 - エ 講習内容については、歯科医療関係者以外の第三者の意見を踏まえて検討すること。
 - オ 新型コロナウイルスの感染拡大の状況等により、集合形式での開催が困難な場合は、厚生労働省医政局歯科保健課と協議のうえ、オンライン形式での開催も可能とする。なお、その場合は、①～⑦に準じた方法で実施し、合計の受講者数は600人程度とすること。

（2）eラーニング教材を使用した研修の運営

歯科医療機関におけるCOVID-19の特徴を踏まえた院内感染対策を、歯科医療関係者が広く習得できるよう、COVID-19に関する基礎知識及びCOVID-19の特徴を踏ま

えた院内感染対策について e ラーニング教材の内容を検討し、ウェブサイトにて一般公開し管理を行うこと。

4 本講習会に係る補助金の交付について

本講習会に係る補助金の交付については、予算の範囲内において、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和 30 年法律第 179 号）、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令（昭和 30 年政令第 255 号）及び厚生労働省所管補助金等交付規則（平成 12 年厚生省・労働省令第 6 号）の規定によるほか、別に定める「医療施設運営費等補助金及び中毒情報基盤整備事業費補助金交付要綱」の定めるところにより交付するものです。

本講習会に係る補助金の交付については、講習会の実施に必要な経費（職員基本給（e ラーニング教材を使用した研修の運営に係るものに限る）、職員諸手当（e ラーニング教材を使用した研修の運営に係るものに限る）、非常勤職員手当（e ラーニング教材を使用した研修の運営に係るものに限る）、諸謝金、旅費、印刷製本費、通信運搬費、備品費、消耗品費、借料及び損料、会議費、社会保険料（e ラーニング教材を使用した研修の運営に係るものに限る）、雑役務費、委託費（前に掲げる経費に該当するもの。））に限りませんが、最終的な経費については、「医療施設運営費等補助金及び中毒情報基盤整備事業費補助金交付要綱」の定めるところによります。

（補助率）定額

（基準額）7,853,000 円（上限額）

5 事業期間

厚生労働省において事業の採択を決定した日から令和 5 年 3 月 31 日（金）

6 応募に関する諸条件

実施団体選定に係る公募に応募する者は、次の条件を全て満たす団体（以下「応募団体」という。）であること

- （1）講習会の実施に係る会計処理等の事務処理を適切に行う能力を有すること
- （2）講習会を実施する上で必要な経営基盤を有し、資金等の管理能力を有すること
- （3）日本に拠点を有していること
- （4）厚生労働省から補助金交付等の停止、又は指名競争入札において指名停止を受けている期間でないこと
- （5）予算決算及び会計令第 70 条及び第 71 条の規定に該当しない者であること
- （6）その他参加資格として、別紙－1 に掲げる公募参加適合条件を満たすこと

7 応募方法等

（1）企画書等の提出書類

「歯科医療関係者感染症予防講習会企画書」、「歯科医療関係者感染症予防講習会に必要な経費内訳書」（別紙－2）等を作成し、7（2）に示す応募方法により提出してください。

企画書は、様式任意ですが、以下の項目について具体的に記載してください。

- ① 講習会の実施に係る会計処理等の事務処理の実施体制
- ② 講習会の実施時期

原則として、令和 4 年 12 月 31 日（土）までに開催するものとする。

- ③ 講習期間中の部屋の確保
- ④ 講師の確保
- ⑤ 講習会の周知方法、受講者の確保方法

(2) 応募方法

提出期限及び提出先（問い合わせ先）は以下の通り。

① 提出期間

令和4年7月20日（水）から令和4年8月3日（水）（必着）

② 提出先及び問い合わせ先

（提出先）

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2

厚生労働省医政局歯科保健課総務係 宛

※ 封筒の宛名面に「歯科医療関係者感染症予防講習会企画書在中」と朱書きにより明記してください。

※ 応募書類は、原則として郵送又は宅配便により提出してください。郵送の場合、簡易書留等、配達証明可能な方法をとってください。

（問い合わせ先）

厚生労働省医政局歯科保健課総務係

電話 03-5253-1111（内線 2583）

FAX 03-3595-8687

※ 問い合わせは、平日（月曜日～金曜日）午前9時30分～午後5時00分（11時30分から12時30分迄を除く。）とします。

③ 提出書類及び部数

ア 本事業に係る企画書	3部
イ 経費内訳書	3部
ウ 団体経歴（概要）、財務諸表、定款等、応募団体の活動が分かる資料	1部
エ 保険料納付に係る申立書（別紙-3）	1部

(3) 提出書類の真正性確保

押印が省略され担当者等から提出される書類については、応募団体として決定されたものであること。

なお、提出書類に虚偽記載等の不正が発覚した場合は、実施団体として選考した後においても、補助金不交付等の措置を行う場合があり得る。

8 応募団体の評価について

(1) 「歯科医療関係者感染症予防講習会に係る企画書評価について」及び「歯科医療関係者感染症予防講習会に係る採点表」に基づき、提出された企画書等について評価を行い、業務の目的に最も合致し、かつ最も評価の高い企画書等を提出した一者を選定し、候補者とします。

(2) 企画書等の評価を行うために応募団体からヒアリングを行うことがありますので、その際は厚生労働省の指定した日時・場所にご出席下さい（電話等の手段による場合もあります）。ご出席いただけない場合、当該者の企画書を無効とします。

- (3) 企画書を提出した者が、提出書類に虚偽記載等の不正を行ったことが発覚した場合、7(2)③エの申立書を提出せず、又は虚偽の申立をし、若しくは申立書に反することとなった場合は、当該者の企画書を無効とします。
- (4) 評価結果は、企画書等の提出した応募団体に遅滞なく通知します。
- なお、評価に関する経過、内容等に係る問い合わせには応じられません。また提出された企画書等の資料は返却しませんので、その旨、ご了承ください。

公募参加適合条件

本講習会に応募しようとする者のうち、次に掲げる制度が適用される者にあつては、この公募の提出期限の直近2年間（⑤及び⑥については2保険年度）の保険料の滞納がないこと。

- ①厚生年金保険 ②健康保険（全国健康保険協会が管掌するもの）
③船員保険 ④国民年金 ⑤労働者災害補償保険 ⑥雇用保険

※ 各保険料のうち⑤及び⑥については、当該年度における年度更新手続を完了すべき日が未到来の場合にあつては前年度及び前々年度、年度更新手続を完了すべき日以降の場合にあつては当該年度及び前年度の保険料について滞納がない（分納が認められているものについては納付期限が到来しているものに限る。）こと。

歯科医療関係者感染症予防講習会に必要な経費内訳書

区 分	支出予定額			備 考
	員 数	単 価	金 額	
職員基本給		円	円	
職員諸手当				
非常勤職員手当				
諸謝金				
旅費				
印刷製本費				
通信運搬費				
備品費				
消耗品費				
借料及び損料				
会議費				
社会保険料				
雑役務費				
委託費（上記に掲げる経費に該当するもの。）				
合 計				

保険料納付に係る申立書

当団体は、直近2年間に支払うべき社会保険料（厚生年金保険、健康保険（全国健康保険協会管掌のもの）、船員保険及び国民年金の保険料をいう。）及び直近2保険年度に支払うべき労働保険料（労働者災害補償保険及び雇用保険の保険料をいう。）について、一切滞納がないことを申し立てます。

なお、この申立書に虚偽内容が認められたときは、履行途中にあるか否かを問わず当団体に対する一切の処分を受けることに異議はありません。

また、当該保険料の納付事実を確認するために関係書類の提示・提出を求められたときは、速やかに対応することを確約いたします。

年 月 日

住所又は所在地

商号又は名称

代表者名

厚生労働省医政局長 殿